



AUTORISATION PARENTALE DES ACCUEILS DE LOISIRS DU CENTRE DE LA
BLAISERIE DU 6 JUILLET 2026 AU 2 JUILLET 2027

- ☐ CLJ 11-14 ANS
- ☐ ACCUEIL JEUNES 15-17 ANS
- ☐ ACCOMPAGNEMENT À LA SCOLARITÉ (CLAS) COLLÈGE

Je soussigné(e) :responsable légal(e) de l'enfant

Autorise M., Mme. Tel :
..... Tel :
..... Tel :
..... Tel :

à venir chercher mon enfant.

J'autorise :

- ☐ Le responsable de l'accueil de loisirs à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant pour des expositions de photos, vidéos, articles de presse, site internet de la Blaiserie dans le cadre strict de communication à l'initiative de la Blaiserie.
- ☐ J'atteste avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs et en accepte les conditions.
- ☐ Mon enfant à participer aux activités de l'accueil jeunes pendant :
- ☐ les mercredis après-midi
 - ☐ les mercredis, accueil informel 18h30/20h30
 - ☐ les jeudis (foot en salle)
 - ☐ les vendredis (sorties et/ou soirée)
 - ☐ les week-ends (sorties diverses en journée ou soirée)
 - ☐ les vacances scolaires

- ☐ J'atteste le non changement concernant la santé de mon enfant renseigné sur la fiche sanitaire de l'année précédente.

Fait à Poitiers, le

Signature obligatoire



MINISTERE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS
Code de l'Action Sociale et des Familles



N° 10008*02

1 – VACCINATIONS (à noter ou photocopier le carnet de vaccination).

L'ENFANT

FICHE SANITAIRE
DE LIAISON

NOM : _____
PRÉNOM : _____
DATE DE NAISSANCE : _____
GARÇON ☐ FILLE ☐

VACCINS OBLIGATOIRES	oui	non	DATES DES DERNIERS RAPPELS	VACCINS RECOMMANDÉS	DATES
Diphtérie				Hépatite B	
Tétanos				Rubéole-Oreillons-Rougeole	
Poliomyélite				Coqueluche	
Ou DT polio				Autres (préciser)	
Ou Tétracoq					
BCG					

SI L'ENFANT N'A PAS LES VACCINS OBLIGATOIRES JOINDRE UN CERTIFICAT MÉDICAL DE CONTRE-INDICATION
ATTENTION : LE VACCIN ANTI-TÉTANIQUE NE PRÉSENTE AUCUNE CONTRE-INDICATION

2 – RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONCERNANT L'ENFANT

L'enfant suit-il un traitement médical pendant sa présence au centre de loisirs ou le séjour ? Oui ☐ non ☐

Si oui joindre une **ordonnance** récente et les **médicaments** correspondants

(Boîtes de médicaments dans leur emballage d'origine marquées au nom de l'enfant avec la notice ainsi que la posologie inscrit sur la boite)

Aucun médicament ne pourra être pris sans ordonnance.

A titre indicatif L'ENFANT A-T-IL DÉJÀ EU LES MALADIES SUIVANTES ?

RUBÉOLE	VARICELLE	ANGINE	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGÜ	SCARLATINE
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐
COQUELUCHE	OTITE	ROUGEOLE	OREILLONS	
OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	OUI ☐ NON ☐	

ALLERGIES : ALIMENTAIRES oui ☐ non ☐ Précisez :
MEDICAMENTEUSES oui ☐ non ☐
AUTRES

Votre enfant fait-il de l'asthme oui ☐ non ☐

PRECISEZ LA CAUSE DE L'ALLERGIE ET LA CONDUITE A TENIR

P.A.I (projet d'accueil individualisé) en cours oui ☐ non ☐ (joindre le protocole et toutes informations utiles)

.....

.....

.....

INDIQUEZ CI-APRÈS :

LES **DIFFICULTÉS DE SANTÉ** (MALADIE, ACCIDENT, CRISES CONVULSIVES, HOSPITALISATION, OPÉRATION, RÉÉDUCATION) EN PRÉCISANT LES **PRÉCAUTIONS À PRENDRE**.

.....

.....

.....

3 – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES (à renseigner obligatoirement.)

VOTRE ENFANT PORTE-T-IL DES LENTILLES : oui ☐ non ☐

DES LUNETTES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES AUDITIVES : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

DES PROTHÈSES ou APPAREIL DENTAIRE : oui ☐ non ☐ au besoin prévoir un étui au nom de l'enfant

AUTRES RECOMMANDATIONS / PRÉCISEZ (ex : régime alimentaire)

.....

.....

4- AUTORISATIONS

J'autorise mon enfant à participer aux activités physiques et sportives : oui ☐ non ☐

J'autorise mon enfant à participer aux baignades surveillées : oui ☐ non ☐

Autorisation de transport en véhicule de service et car de location.

5 -RESPONSABLE DE L'ENFANT

NOM PRÉNOM

ADRESSE.....

Numéros de téléphone :

Mère : domicile : portable : travail :

Père : domicile : portable : travail :

NOM ET TÉL. DU MÉDECIN TRAITANT (FACULTATIF).....

NUMERO DE SECURITE SOCIALE :

Je soussignée,responsable légal de l'enfant, déclare exacts les renseignements portés sur cette fiche et autorise l'équipe d'animation à prendre, le cas échéant, toutes mesures (traitement médical, hospitalisation, intervention chirurgicale) rendues nécessaires par l'état de l'enfant, Ceci suivant les prescriptions d'un médecin et/ou un service d'urgence seuls habilités à définir l'hôpital de secteur.

Date : Signature :



AUTORISATION PARENTALE DES ACCUEILS DE LOISIRS DU CENTRE DE LA BLAISERIE DU 6 JUILLET 2026 AU 2 JUILLET 2027

- ☐ **MULTISPORT / SPORT DE PROXIMITÉ**
- ☐ **ACCUEIL 3-6 ANS LES LOUPIOTS**
- ☐ **ACCUEIL 6-11 ANS LE BAOBAB**
- ☐ **ACCUEIL 3-11 ANS BULLE D’AIR**
- ☐ **ACCOMPAGNEMENT À LA SCOLARITÉ (CLAS) ÉLÉMENTAIRE**

Je soussigné(e) :responsable légal(e) de l'enfant

Autorise M., Mme. Tel :
..... Tel :
..... Tel :
..... Tel :

à venir chercher mon enfant.

J'autorise :

- ☐ Mon enfant à participer aux activités, sorties ou manifestations organisées par l'accueil de loisirs (mercredis, vendredis, week-end et vacances scolaires).
- ☐ Le responsable de l'accueil de loisirs à utiliser et à diffuser l'image de mon enfant pour des expositions de photos, vidéos, articles de presse, site internet de le Blaiserie dans le cadre strict de communication à l'initiative de la Blaiserie.
- ☐ **J'atteste avoir pris connaissance du règlement des accueils de loisirs et en accepte les conditions.**

Fait à Poitiers, le

Signature obligatoire